

Dokumentacja Próby Oceny		
Proszę odpowiedzieć na poniższe pytania, aby pomóc w dokumentowaniu sytuacji, w których ocena nie może zostać przeprowadzona.		
Data Przeprowadzenia Próby Oceny ____/____/____		Lokalizacja: Proszę podać szczegółowe informacje
Powód Odmowy:		
Odmówił/a i wykazuje objawy ciężkiej choroby umysłowej	<input type="checkbox"/> tak	<input type="checkbox"/> nie
Odmówił/a i NIE wykazuje objawów ciężkiej choroby umysłowej	<input type="checkbox"/> tak	<input type="checkbox"/> nie
Odmówił/a, ponieważ plany mieszkaniowe zostały już zaimplementowane	<input type="checkbox"/> tak	<input type="checkbox"/> nie
Odmówił/a, ponieważ stan zdrowia fizycznego jest zbyt ciężki, aby uczestniczyć	<input type="checkbox"/> tak	<input type="checkbox"/> nie
Informacje o ocenie: Rzeczoznawca		
Nazwisko Rzeczoznawcy:	Adres e-mail:	Nr tel.:
Data Oceny: ____/____/____	Nazwa Agencji/Organizacji:	
Lokalizacja Oceny: <input type="checkbox"/> Punkt Dostępu (wybierz punkt dostępu przy wejściu na rejestr HMIS) <input type="checkbox"/> Klinika <input type="checkbox"/> Centrum Prac Społecznych <input type="checkbox"/> Szpital <input type="checkbox"/> Więzienie <input type="checkbox"/> Biblioteka <input type="checkbox"/> Na zewnątrz/Na ulicy <input type="checkbox"/> Kuratorium <input type="checkbox"/> Przytułek <input type="checkbox"/> Wsparcie dla Rodzin Kombatantów <input type="checkbox"/> Lokalizacja Mieszkania Przejściowego <input type="checkbox"/> Placówka Lecznicza <input type="checkbox"/> Inne		
Informacje o ocenie: Wnioskodawca		
Imię:	Inicjał Drugiego Imienia:	Nazwisko:
Relacja z Głową Rodziny Uwaga: Proszę się upewnić, że głowa rodziny jest osobą uczestniczącą w procesie oceny.	<input type="checkbox"/> Głowa Rodziny <input type="checkbox"/> Dziecko Głowy Rodziny <input type="checkbox"/> Małżonek/Mażonka lub Partner Głowy Rodziny <input type="checkbox"/> Inni Członkowie Rodziny Głowy Rodziny <input type="checkbox"/> Inni (Niebędący Członkami Rodziny) <input type="checkbox"/> Dane nie zostały zebrane	
Jakość danych imiennych: <input type="checkbox"/> Odnotowano pełne imię i nazwisko <input type="checkbox"/> Odnotowano częściowo, nazwę ulicy lub nazwisko <input type="checkbox"/> Klient nie wie <input type="checkbox"/> Klient odmówił <input type="checkbox"/> Dane nie zostały zebrane	W jakim języku woli Pan/Pani się porozumiewać? <input type="checkbox"/> Angielski <input type="checkbox"/> Hiszpański <input type="checkbox"/> Polski <input type="checkbox"/> Inny	
Data urodzenia: ____/____/____	Numer Ubezpieczenia Społecznego: _____ - _____	
Jakość danych dot. urodzenia: <input type="checkbox"/> Odnotowano pełną datę urodzenia <input type="checkbox"/> Odnotowano przybliżoną lub częściową datę urodzenia <input type="checkbox"/> Klient nie wie <input type="checkbox"/> Klient odmówił <input type="checkbox"/> Dane nie zostały zebrane	Jakość danych Numeru Ubezpieczenia Społecznego: <input type="checkbox"/> Odnotowano pełny Numer Ubezpieczenia Społecznego <input type="checkbox"/> Odnotowano przybliżony lub częściowy Numer Ubezpieczenia Społecznego <input type="checkbox"/> Klient nie wie <input type="checkbox"/> Klient odmówił <input type="checkbox"/> Dane nie zostały zebrane	
Wiek: _____ Jeśli wnioskodawca nie ukończył 18. roku życia, prosimy ZATRZYMAĆ SIĘ TUTAJ i połączyć z jednym z poniższych programów:	PÓŁNOC - The Night Ministry: 877-286-2523 W ciąży i/lub w trakcie wychowywania dzieci: 733-506-3120 ZACHÓD - El Rescate: 872-829-2654 POŁUDNIE - Teen Living Programs: 866-803-8336	
Płeć:	Czy jest Pan/Pani kombatantem wojskowym USA?	

<input type="checkbox"/> Mężczyzna <input type="checkbox"/> Kobieta <input type="checkbox"/> Transgender - mężczyzna na kobietę <input type="checkbox"/> Transgender - kobieta na mężczyznę <input type="checkbox"/> Nie identyfikuje się jako mężczyzna, kobieta lub transgender <input type="checkbox"/> Klient nie wie <input type="checkbox"/> Klient odmówił	<input type="checkbox"/> Tak <input type="checkbox"/> Nie <input type="checkbox"/> Klient nie wie <input type="checkbox"/> Klient odmówił <input type="checkbox"/> Dane nie zostały zebrane	
Rasa: <input type="checkbox"/> Indianin Amerykański lub Rdzenny Mieszkaniec Alaski <input type="checkbox"/> Azjata <input type="checkbox"/> Czarnoskóry/Afroamerykanin <input type="checkbox"/> Biały <input type="checkbox"/> Rdzenny/Mieszkaniec Hawajów i Wysp Pacyfiku <input type="checkbox"/> Klient nie wie <input type="checkbox"/> Klient odmówił <input type="checkbox"/> Dane nie zostały zebrane	Przynależność etniczna: <input type="checkbox"/> Latynoska <input type="checkbox"/> Nie-latynoska <input type="checkbox"/> Klient nie wie <input type="checkbox"/> Klient odmówił <input type="checkbox"/> Dane nie zostały zebrane	
Informacje Kontaktowe: Wnioskodawca		
Numer/y telefonu:	Adres e-mail:	
Adres pocztowy:		
Czy jest Pan/Pani aktualnie zapisany/a do jakiegokolwiek programu pomocy społecznej?	<input type="checkbox"/> Tak <input type="checkbox"/> Klient odmówił <input type="checkbox"/> Nie <input type="checkbox"/> Klient nie wie <input type="checkbox"/> Dane nie zostały zebrane	
Jeśli tak, do jakich programów jest Pan/Pani obecnie zapisany/a?		
Jeśli tak, jakie jest nazwisko i adres e-mail jednego z Pana/Pani obecnych osób nadzorujących?	Nazwisko: E-mail:	
Informacje Kontaktowe: Dodatkowe		
Nazwisko:	Telefon kontaktowy:	Stosunek:
Nazwisko:	Telefon kontaktowy:	Stosunek:
Uwagi Dotyczące Kontaktu z Wnioskodawcą:		
<p><i>Proszę udostępnić sposoby skontaktowania się z Panem/Panią, jeśli oferta mieszkaniowa jest dostępna, a Pana/Pani numer telefonu nie działa. Może to obejmować miejsce, w którym jadają Państwo obiady, bibliotekę, w której spędzają Państwo czas, uczestnictwo w dowolnym programie, nazwy użytkownika na serwisach społecznościowych, itp.</i></p>		
Skład Gospodarstwa Domowego		
Wielkość Gospodarstwa Domowego: <i>Jest to liczba osób, z którymi zamierza Pan/Pani mieszkać.</i> Uwaga: jeżeli wnioskodawca oczekuje dziecka, należy dodać je do wielkości gospodarstwa domowego.	_____	
Ilość dorosłych w gospodarstwie domowym	_____	

Ilość dzieci w Gospodarstwie Domowym _____	
Dziecko #1: Wiek _____ Płeć <input type="checkbox"/> Męska <input type="checkbox"/> Żeńska <input type="checkbox"/> Transgender <input type="checkbox"/> Nie uznaje płci Dziecko #2: Wiek _____ Płeć <input type="checkbox"/> Męska <input type="checkbox"/> Żeńska <input type="checkbox"/> Transgender <input type="checkbox"/> Nie uznaje płci Dziecko #3: Wiek _____ Płeć <input type="checkbox"/> Męska <input type="checkbox"/> Żeńska <input type="checkbox"/> Transgender <input type="checkbox"/> Nie uznaje płci Dziecko #4: Wiek _____ Płeć <input type="checkbox"/> Męska <input type="checkbox"/> Żeńska <input type="checkbox"/> Transgender <input type="checkbox"/> Nie uznaje płci Dziecko #5: Wiek _____ Płeć <input type="checkbox"/> Męska <input type="checkbox"/> Żeńska <input type="checkbox"/> Transgender <input type="checkbox"/> Nie uznaje płci Dziecko #6: Wiek _____ Płeć <input type="checkbox"/> Męska <input type="checkbox"/> Żeńska <input type="checkbox"/> Transgender <input type="checkbox"/> Nie uznaje płci Dziecko #7: Wiek _____ Płeć <input type="checkbox"/> Męska <input type="checkbox"/> Żeńska <input type="checkbox"/> Transgender <input type="checkbox"/> Nie uznaje płci Dziecko #8: Wiek _____ Płeć <input type="checkbox"/> Męska <input type="checkbox"/> Żeńska <input type="checkbox"/> Transgender <input type="checkbox"/> Nie uznaje płci Dziecko #9: Wiek _____ Płeć <input type="checkbox"/> Męska <input type="checkbox"/> Żeńska <input type="checkbox"/> Transgender <input type="checkbox"/> Nie uznaje płci Dziecko #10: Wiek _____ Płeć <input type="checkbox"/> Męska <input type="checkbox"/> Żeńska <input type="checkbox"/> Transgender <input type="checkbox"/> Nie uznaje płci	
Typ Gospodarstwa Domowego:	<input type="checkbox"/> Samotny mężczyzna <input type="checkbox"/> Samotna kobieta <input type="checkbox"/> Samotny/a transgender <input type="checkbox"/> Samotny/a nie uznający/a płci <input type="checkbox"/> Mężczyzna z dzieckiem <input type="checkbox"/> Kobieta z dzieckiem <input type="checkbox"/> Transgender z dzieckiem <input type="checkbox"/> Nie uznający/a płci z dzieckiem <input type="checkbox"/> Para bez dzieci <input type="checkbox"/> Rodzina z dwójką rodziców
Kwalifikacje Wstępne - Wszyscy	
Niektórzy ludzie znajdują się w kryzysie mieszkaniowym ze względu na okoliczności związane z partnerem lub członkiem gospodarstwa domowego. Czy któreś z poniższych odnoszą się do Pana/Pani sytuacji? Czy obecnie Pan/Pani zamieszkuje z kimś lub próbuje odejść od kogoś, kto grozi lub straszy Pana/Panią; LUB Czy ktoś w domu bił, dusił lub fizycznie uszkodził Pana/Panią; LUB Czy ktoś w domu zmuszał Pana/Panią do jakichkolwiek aktów seksualnych, których Pan/Pani sobie nie życzył/a? Jeżeli tak, proszę pomóc tej osobie zadzwonić na Telefon Zaufania Przemocy Domowej Chicago (Chicago Domestic Violence Hotline), 1-877-863-6338	<input type="checkbox"/> Tak <input type="checkbox"/> Nie <input type="checkbox"/> Klient odmówił <input type="checkbox"/> Klient nie wie <input type="checkbox"/> Dane nie zostały zebrane
Niektórzy ludzie są zmuszani do prostytcji lub pracy w zamian za pieniądze, schronienie itp. Czy jest to coś, z czym ma Pan/Pani styczność? Jeżeli tak, prosimy pomóc tej osobie zadzwonić na Krajowy Telefon Zaufania Handlu Ludźmi (National Human Trafficking Hotline). Jeżeli istotą problemu jest prostytucja, prosimy także pomóc tej osobie zadzwonić na telefon zaufania Przemocy Domowej (DV Hotline). Krajowy Telefon Zaufania Handlu Ludźmi (National Human Trafficking Hotline) 1-888-373-7888	<input type="checkbox"/> Tak <input type="checkbox"/> Nie <input type="checkbox"/> Klient odmówił <input type="checkbox"/> Klient nie wie <input type="checkbox"/> Dane nie zostały zebrane

<p>Telefon Zaufania Przemocy 1-877-863-6338 Domowej Chicago (Chicago Domestic Violence Hotline) Uwaga: Proszę poinformować tę osobę o tym, że zablokuje Pan/Pani ich rejestr HMIS, celem ochrony poufności i będzie Pan/Pani, w tym celu, postępować zgodnie z protokołami.</p>	
---	--

<p>Gdzie Pan/Pani nocował/a ostatniej nocy?</p> <p>(Obecne Miejsce Zamieszkania / Warunki Życia)</p>	<ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Tymczasowe schronienie, w tym hotel lub motel, opłacony za pomocą talonu na tymczasowe schronienie <input type="checkbox"/> Dom zastępczy lub placówka opieki zastępczej <input type="checkbox"/> Szpital lub inny lokalny ośrodek opieki medycznej niebędący kliniką psychiatryczną <input type="checkbox"/> Hotel lub motel opłacony bez talonu na tymczasowe schronienie <input type="checkbox"/> Zakwaterowanie tymczasowe (Nie jest to typ zakwaterowania, lecz raczej sytuacja mieszkaniowa, w której osoba doświadczająca długotrwałej bezdomności została przyjęta do stałego programu mieszkaniowego, lecz pewne czynniki uniemożliwiają jej natychmiastowe przeprowadzenie się do mieszkania, w związku z czym osoba ta pozostaje w miejscu tymczasowym.) <input type="checkbox"/> Areszt, więzienie lub młodzieżowy zakład karny <input type="checkbox"/> Ośrodek opieki długoterminowej lub dom opieki społecznej <input type="checkbox"/> Będący własnością klienta, bez stałej dotacji mieszkaniowej <input type="checkbox"/> Będący własnością klienta, ze stałą dotacją mieszkaniową <input type="checkbox"/> Stałe zakwaterowanie dla byłych bezdomnych <input type="checkbox"/> Miejsce nieprzeznaczone do zamieszkania (ulica, opuszczony, zalany lub spalony budynek, dach, droga ewakuacyjna, pojazd, park lub inny obszar nieprzeznaczony do nocowania) <input type="checkbox"/> Szpital psychiatryczny lub inny ośrodek psychiatryczny <input type="checkbox"/> Wynajmowany przez klienta, bez stałej dotacji mieszkaniowej <input type="checkbox"/> Wynajmowany przez klienta, z dotacją Wsparcia Mieszkaniowego ds. Kombatantów (VASH) <input type="checkbox"/> Wynajmowany przez klienta, z dotacjami Grant and Per Diem (GPD) Transition in Place (TIP) oraz w ramach programu Featherfist <input type="checkbox"/> Wynajmowany przez klienta, z inną stałą dotacją mieszkaniową <input type="checkbox"/> Projekt mieszkalny lub ośrodek przejściowy bez statusu osoby bezdomnej <input type="checkbox"/> Safe Haven (jest to model przejściowego zakwaterowania, którego celem jest reakcja na potrzeby osób cierpiących z powodu bezdomności oraz poważnej i przewlekłej choroby umysłowej. Ten model zakwaterowania nie jest aktualnym projektem w Chicago znanym jako Safe Haven). <input type="checkbox"/> Pobyt lub zakwaterowanie w pokoju, apartamencie lub domu członka rodziny <input type="checkbox"/> Pobyt lub zakwaterowanie w pokoju, apartamencie lub domu znajomego <input type="checkbox"/> Placówka zajmująca się leczeniem uzależnień lub centrum detoksykacji <input type="checkbox"/> Zakwaterowanie przejściowe dla osób bezdomnych (w tym młodzieży) <input type="checkbox"/> Inny <input type="checkbox"/> Klient nie wie <input type="checkbox"/> Klient odmówił <input type="checkbox"/> Dane nie zostały zebrane
<p>Jeżeli wnioskodawca spędził ostatnią noc w mieszkaniu przejściowym: Czy doświadczał/a Pan/Pani bezdomności bezpośrednio przed skorzystaniem z mieszkania przejściowego (tzn. czy mieszkał/a Pan/Pani w schronisku lub w miejscu nie przeznaczonym do zamieszkiwania przez ludzi)?</p>	<ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Tak <input type="checkbox"/> Nie <input type="checkbox"/> Klient odmówił <input type="checkbox"/> Klient nie wie <input type="checkbox"/> Dane nie zostały zebrane
<p>Jeżeli wnioskodawca korzystał z programu/przebywał/a na terenie placówki takiej jak więzienie, areszt, schronisko dla nieletnich lub dom opieki: Czy Pana/Pani pobyt był krótszy niż 90 dni?</p>	<ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Tak <input type="checkbox"/> Nie <input type="checkbox"/> Klient odmówił <input type="checkbox"/> Klient nie wie <input type="checkbox"/> Dane nie zostały zebrane
<p>Jeżeli wnioskodawca korzystał z programu/przebywał/a na terenie placówki takiej jak więzienie, areszt, schronisko dla nieletnich lub dom opieki:</p>	<ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Tak <input type="checkbox"/> Nie <input type="checkbox"/> Klient odmówił <input type="checkbox"/> Klient nie wie <input type="checkbox"/> Dane nie zostały zebrane

<p>Czy doświadczał/a Pan/Pani bezdomności bezpośrednio przed skorzystaniem z programu/mieszkania przejściowego?</p>	
<p>Jeżeli wnioskodawca skorzystał z zakwaterowania ostatniej nocy: Czy jest Pan/Pani zobowiązany/a opuścić powyższe miejsce w ciągu 14 lub mniej dni bez dostępu do innego, bezpiecznego mieszkania, zasobów lub sieci wsparcia w celu uzyskania stałego zamieszkania?</p>	<p><input type="checkbox"/> Tak <input type="checkbox"/> Nie <input type="checkbox"/> Klient odmówił <input type="checkbox"/> Klient nie wie <input type="checkbox"/> Dane nie zostały zebrane</p>

SEKCJA JEDYNIENIE DLA MŁODZIEŻY — WIEK 18-24 LAT	
Jeżeli MŁODA OSOBA NIE jest bezdomna w sensie dosłownym, należy zadać następujące pytanie:	
<p>Czy usiłuje Pan/Pani zbiec z miejsca zamieszkania ze względu na niebezpieczne lub zagrażające życiu warunki związane z przemocą, takie jak:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Przemoc domowa, przemoc podczas randek, stalking • Napaść na tle seksualnym • Handel ludźmi • Prostyucja w zamian za mieszkanie • Przemoc (lub zauważalne zagrożenie przemocą) ze względu na Pana/Pani orientację seksualną 	<input type="checkbox"/> Tak <input type="checkbox"/> Nie <input type="checkbox"/> Klient nie wie <input type="checkbox"/> Klient odmówił <input type="checkbox"/> Dane nie zostały zebrane
Proszę zadać Wszystkim Młodym Osobom w wieku 18-24 lat trzy następujące pytania:	
W ilu różnych miejscach spędził/a Pan/Pani noc w ciągu ostatniego tygodnia?	<input type="checkbox"/> 1 miejsce (0) <input type="checkbox"/> 2 do 3 miejsc (1) <input type="checkbox"/> 4 lub więcej miejsc (1) <input type="checkbox"/> Klient nie wie (0) <input type="checkbox"/> Klient odmówił (0) <input type="checkbox"/> Dane nie zostały zebrane (0)
Kiedy ostatnio miał Pan/Pani bezpieczne miejsce pobytu?	<input type="checkbox"/> Ostatniej nocy (0) <input type="checkbox"/> W ciągu ostatniego tygodnia (1) <input type="checkbox"/> W ciągu ostatniego miesiąca (1) <input type="checkbox"/> 1 do 2 miesięcy temu (1) <input type="checkbox"/> 3 do 6 miesięcy temu (1) <input type="checkbox"/> Klient nie wie (0) <input type="checkbox"/> Klient odmówił (0) <input type="checkbox"/> Dane nie zostały zebrane (0)
<p><i>Jeżeli wnioskodawca przebywał w swoim własnym domu, w domu znajomego lub członka rodziny:</i></p> <p>Czy może Pan/Pani przebywać w miejscu, w którym spędził/a Pan/Pani ostatnią noc każdej nocy, tak długo jak Pan/Pani chce?</p>	<input type="checkbox"/> Tak (0) <input type="checkbox"/> Nie (1) <input type="checkbox"/> Klient nie wie (0) <input type="checkbox"/> Klient odmówił (0) <input type="checkbox"/> Dane nie zostały zebrane (0)
KLUCZ DO PRYZNANAWANIA PUNKTÓW OPARTY NA ODPOWIEDZIACH DO 3 POWYŻSZYCH PYTAŃ: Status niestabilnej sytuacji mieszkaniowej powinien być przyznany jedynie po wykluczeniu dosłownego lub nieuchronnego zagrożenia bezdomnością i przemocą domową.	Całkowity wynik 0 = Stabilne warunki zamieszkania (przejdź do przekierowania) Całkowity wynik większy lub równy 1 = *poniższy Status Zamieszkania powinien być oznaczony jako " W wieku 18-24 lat i w niestabilnej sytuacji mieszkaniowej"
<p>(Do wypełnienia przez Rzecznawcę w imieniu Wszystkich Młodych Osób)</p> <p>PROSZĘ UDZIELIĆ ODPOWIEDZI, TYLKO JEŚLI WIEK WYNOŚI 18-24 LAT</p> <p>Jaki jest obecny status mieszkaniowy wnioskodawcy?</p>	<input type="checkbox"/> Bezdomny <input type="checkbox"/> Nieuchronnie zagrożony utratą mieszkania <input type="checkbox"/> W trakcie ucieczki przed przemocą domową <input type="checkbox"/> Zagrożony/a bezdomnością <input type="checkbox"/> W wieku 18-24 i lat i w niestabilnej sytuacji mieszkaniowej <input type="checkbox"/> Klient nie wie <input type="checkbox"/> Klient odmówił <input type="checkbox"/> Dane nie zostały zebrane
Proszę zadać Wszystkim Młodym Osobom w wieku 18-24 lat następujące pytanie:	
Istnieje program Mieszkań Przejściowych dla Młodzieży (Youth Transitional Housing), który może służyć każdemu i jest dostosowany pod względem kulturowym, aby służyć ludziom, którzy identyfikują się jako część społeczności LGBTQIA. W przypadku zakwalifikowania, czy odpowiadałby Panu/Pani ten program?	<input type="checkbox"/> Tak <input type="checkbox"/> Nie <input type="checkbox"/> Dane nie zostały zebrane

Kwalifikacje Wstępne - Wszyscy	
<p>(Do wypełnienia przez Rzecznawcę)</p> <p>PROSIMY UDZIELIĆ ODPOWIEDZI, TYLKO JEŚLI SKOŃCZYŁ/A PAN/PANI 25 LAT</p> <p>Jaki jest obecny status mieszkaniowy wnioskodawcy?</p>	<input type="checkbox"/> Bezdomny <input type="checkbox"/> Nieuchronnie zagrożony utratą mieszkania <input type="checkbox"/> W trakcie ucieczki przed przemocą domową <input type="checkbox"/> Zagrożony/a bezdomnością <input type="checkbox"/> Klient nie wie <input type="checkbox"/> Klient odmówił <input type="checkbox"/> Dane nie zostały zebrane
Określenie Przekierowania	
<p>Czy jest Pan/Pani obecnie we własnym mieszkaniu i potrzebuje krótkoterminowych wsparć finansowych na utrzymanie mieszkania?</p>	<input type="checkbox"/> Tak <input type="checkbox"/> Nie <input type="checkbox"/> Klient odmówił <input type="checkbox"/> Klient nie wie <input type="checkbox"/> Dane nie zostały zebrane
<p>Czy jest członek rodziny lub znajomy, u którego może się Pan/Pani chwilowo zatrzymać?</p>	<input type="checkbox"/> Tak <input type="checkbox"/> Nie <input type="checkbox"/> Klient odmówił <input type="checkbox"/> Klient nie wie <input type="checkbox"/> Dane nie zostały zebrane
<p>Czy w Pana/Pani życiu jest ktoś, do kogo mógłby Pan/Pani komfortowo zwrócić się o pomoc?</p>	<input type="checkbox"/> Tak <input type="checkbox"/> Nie <input type="checkbox"/> Klient odmówił <input type="checkbox"/> Klient nie wie <input type="checkbox"/> Dane nie zostały zebrane
<p>Jeżeli odpowiedź na któreś z wymienionych pytań brzmi tak: Czy chciałby Pan/chciałaby Pani otrzymać pomoc w rozwiązywaniu problemów, rozważeniu rozwiązań ze znajomym lub członkiem rodziny, który może Panu/Pani pomóc i/lub ubieganiu się o krótkoterminowe wsparcie finansowe?</p> <p>Wiek 18-24 lat: Proszę skontaktować się z Katolicką Organizacją Charytatywną (Catholic Charities) pod numerem 312-655-7165 lub diversion@catholiccharities.net</p> <p>Skończone 25 lat z dziećmi: Proszę skontaktować się z Salvation Army pod numerem (312) 743-0145</p> <p>Skończone 25 lat i w potrzebie skorzystania z Homelessness Prevention (Zapobieganie Bezdomności): Proszę zadzwonić pod numer 311 i poprosić o pomoc krótkoterminową.</p>	<input type="checkbox"/> Tak <input type="checkbox"/> Nie <input type="checkbox"/> Klient odmówił <input type="checkbox"/> Klient nie wie <input type="checkbox"/> Dane nie zostały zebrane

KONTYNUOWAĆ LUB PRZERWAĆ OCENĘ

Czy wnioskodawcy odmówiono dostępu do systemu bezdomnych? tak nie

Jeśli wnioskodawcy można odmówić dostępu do systemu bezdomnych, **proszę przerwać tutaj**. Proszę zaoferować wnioskodawcy swoje dane kontaktowe, aby mógł/mogła się z Panem/Panią skontaktować się, jeśli jego/jej status mieszkaniowy ulegnie zmianie. W przeciwnym wypadku proszę kontynuować dalej.

Okres czasu bycia Bezdomnym	
<i>Proszę odpowiedzieć na poniższe pytania, w zależności od miejsca, w którym wnioskodawca spędził/a ostatnią noc (jak odnotowano powyżej).</i>	
<p>Jak długo przebywał/a Pan/Pani w miejscu, w którym spędził/a Pan/Pani ostatnią noc?</p> <p>(Długość pobytu w poprzednim miejscu)</p>	<input type="checkbox"/> Jedna noc lub mniej <input type="checkbox"/> Dwie do sześciu nocy <input type="checkbox"/> Jeden tydzień lub dłużej, ale krócej niż miesiąc <input type="checkbox"/> Jeden miesiąc lub dłużej, ale mniej niż 90 dni <input type="checkbox"/> 90 dni lub dłużej, ale krócej niż rok <input type="checkbox"/> Jeden rok lub dłużej <input type="checkbox"/> Klient nie wie <input type="checkbox"/> Klient odmówił <input type="checkbox"/> Dane nie zostały zebrane
<p>Niektórzy ludzie wielokrotnie doświadczają bezdomności. W kontekście obecnej sytuacji, kiedy się ona zaczęła? (Przybliżona data rozpoczęcia)</p>	<p>___/___/___</p>
<p>Ile razy (łącznie) doświadczył/a Pan/Pani bezdomności na ulicy (w miejscu nie przeznaczonym do zamieszkiwania przez ludzi), w Tymczasowym Schronisku (Emergency Shelter) lub Safe Haven w przeciągu ostatnich trzech (3) lat?</p> <p><i>Proszę podliczyć tylko sytuacje, w których ponownie stał/a się Pan/Pani bezdomnym, po tym jak był/a Pan/Pani zakwaterowany/a lub przebywał/a u znajomych/rodziny przez dłużej niż siedem dni. Mogą pomóc Panu/Pani to podliczyć, jeśli zechciałby Pan/zechciałaby Pani przedstawić swoją historię pobytu.</i></p>	<input type="checkbox"/> Jednorazowo <input type="checkbox"/> Dwa razy <input type="checkbox"/> Trzy razy <input type="checkbox"/> Cztery lub więcej razy <input type="checkbox"/> Klient nie wie <input type="checkbox"/> Klient odmówił <input type="checkbox"/> Dane nie zostały zebrane
<p>Przez ile miesięcy (łącznie) doświadczył/a Pan/Pani bycia bezdomnym na ulicy, w Tymczasowym Schronisku lub Safe Haven w ciągu ostatnich trzech (3) lat?</p> <p><i>Jeżeli w ciągu ostatnich trzech lat wielokrotnie doświadczył/a Pan/Pani bycia bezdomnym, ile miesięcy trwały te doświadczenia? Mogą pomóc Panu/Pani to podliczyć, jeśli przekaze mi Pan/Pani szczegóły.</i></p>	<input type="checkbox"/> Jeden miesiąc (tym razem jeśli to pierwszy miesiąc) <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/> 6 <input type="checkbox"/> 7 <input type="checkbox"/> 8 <input type="checkbox"/> 9 <input type="checkbox"/> 10 <input type="checkbox"/> 11 <input type="checkbox"/> 12 <input type="checkbox"/> Powyżej 12 miesięcy <input type="checkbox"/> Klient nie wie <input type="checkbox"/> Klient odmówił <input type="checkbox"/> Dane nie zostały zebrane
Zdrowie	
<p>Czy lekarz lub inny personel medyczny stwierdził kiedyś u Pana/Pani chorobę uniemożliwiającą normalne funkcjonowanie?</p> <p><i>Może to obejmować diagnozę uzależnienia od narkotyków lub alkoholu, niepełnosprawność fizyczną, przewlekłe choroby zdrowotne, HIV/AIDS, zaburzenia rozwoju, diagnozę zdrowia psychicznego lub niepełnosprawność fizyczną.</i></p>	<input type="checkbox"/> Tak <input type="checkbox"/> Nie <input type="checkbox"/> Klient nie wie <input type="checkbox"/> Klient odmówił <input type="checkbox"/> Dane nie zostały zebrane
<p>Jeśli tak: Nawet jeśli nie zgodził/a się Pan/Pani z diagnozą w tamtym czasie, jaki typ diagnozy niepełnosprawności otrzymał/a Pan/Pani? <u>Proszę zaznaczyć wszystkie odpowiednie pola</u></p>	<input type="checkbox"/> Nadużywanie alkoholu <input type="checkbox"/> Nadużywanie alkoholu i narkotyków <input type="checkbox"/> Przewlekłe problemy zdrowotne <input type="checkbox"/> Zaburzenia rozwoju <input type="checkbox"/> Nadużywanie narkotyków <input type="checkbox"/> HIV/AIDS <input type="checkbox"/> Problemy ze zdrowiem psychicznym <input type="checkbox"/> Problemy natury fizycznej

Dochody i Wykształcenie																																																																																		
Czy ktoś w Pana/Pani gospodarstwie domowym otrzymuje dochody z jakiegokolwiek źródła?	<input type="checkbox"/> Tak <input type="checkbox"/> Nie <input type="checkbox"/> Klient odmówił <input type="checkbox"/> Klient nie wie <input type="checkbox"/> Dane nie zostały zebrane																																																																																	
Jeżeli tak, jakie jest/są bieżące źródła dochodów gospodarstwa domowego?	<input type="checkbox"/> Dochody z Pracy <input type="checkbox"/> Ubezpieczenie od Utraty Pracy <input type="checkbox"/> Renta Inwalidzka (SSI) <input type="checkbox"/> Renta Inwalidzka (SSDI) <input type="checkbox"/> Usługi Związane z Zasiłkami Inwalidzkimi dla Kombatantów <input type="checkbox"/> Prywatne Ubezpieczenie z Tytułu Niepełnosprawności <input type="checkbox"/> Odszkodowania Pracownicze <input type="checkbox"/> Tymczasowe Wsparcie dla Rodzin w Potrzebie (TANF) <input type="checkbox"/> Pomoc Ogólna <input type="checkbox"/> Dochód z Emerytury z Tytułu Ubezpieczenia Społecznego <input type="checkbox"/> Renta Inwalidzka z Tytułu Usług Niezwiązanych z Zasiłkami Inwalidzkimi dla Kombatantów <input type="checkbox"/> Dochody z renty lub emerytury z innego miejsca pracy <input type="checkbox"/> Renta na Dziecko <input type="checkbox"/> Alimenty lub Inne Wsparcie Małżeńskie <input type="checkbox"/> Inny																																																																																	
Jaki jest miesięczny dochód brutto ze wszystkich źródeł dochodów Pana/Pani gospodarstwa domowego?	Kwota miesięczna: _____																																																																																	
<table border="1"> <thead> <tr> <th>Rozmiar Gospodarstwa Domowego</th> <th>30% Lokalnego Średniego Wynagrodzenia</th> <th>30% Lokalnego Średniego Wynagrodzenia Miesięcznie</th> <th>50% Lokalnego Średniego Wynagrodzenia</th> <th>50% Lokalnego Średniego Wynagrodzenia Miesięcznie</th> <th>80% Lokalnego Średniego Wynagrodzenia</th> <th>80% Lokalnego Średniego Wynagrodzenia Miesięcznie</th> <th>100% Lokalnego Średniego Wynagrodzenia</th> <th>100% Lokalnego Średniego Wynagrodzenia Miesięcznie</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>1</td> <td>16 600 USD</td> <td>1 383.33 USD</td> <td>27 650 USD</td> <td>2 304.17 USD</td> <td>44 250 USD</td> <td>3 687.50 USD</td> <td>55 313 USD</td> <td>4 609.38 USD</td> </tr> <tr> <td>2</td> <td>19 000 USD</td> <td>1 583.33 USD</td> <td>31 600 USD</td> <td>2 633.33 USD</td> <td>50 600 USD</td> <td>4 216.67 USD</td> <td>63 250 USD</td> <td>5 270.83 USD</td> </tr> <tr> <td>3</td> <td>21 350 USD</td> <td>1 779.17 USD</td> <td>35 550 USD</td> <td>2 962.50 USD</td> <td>56 900 USD</td> <td>4 741.67 USD</td> <td>71 125 USD</td> <td>5 927.08 USD</td> </tr> <tr> <td>4</td> <td>24 600 USD</td> <td>2 050 USD</td> <td>39 500 USD</td> <td>3 291.67 USD</td> <td>63 200 USD</td> <td>5 266.67 USD</td> <td>79 000 USD</td> <td>6 583.33 USD</td> </tr> <tr> <td>5</td> <td>28 780 USD</td> <td>2 398.33 USD</td> <td>42 700 USD</td> <td>3 558.33 USD</td> <td>68 300 USD</td> <td>5 691.67 USD</td> <td>85 375 USD</td> <td>7 114.58 USD</td> </tr> <tr> <td>6</td> <td>32 960 USD</td> <td>2 746.67 USD</td> <td>45 850 USD</td> <td>3 820.83 USD</td> <td>73 350 USD</td> <td>6 112.50 USD</td> <td>91 688 USD</td> <td>7 644.63 USD</td> </tr> <tr> <td>7</td> <td>37 140 USD</td> <td>3 095 USD</td> <td>49 000 USD</td> <td>4 083.83 USD</td> <td>78 400 USD</td> <td>6 533.33 USD</td> <td>98 000 USD</td> <td>8 166.67 USD</td> </tr> <tr> <td>8</td> <td>41 320 USD</td> <td>3 443.33 USD</td> <td>52 150 USD</td> <td>4 345.83 USD</td> <td>83 450 USD</td> <td>6 954.17 USD</td> <td>104 313 USD</td> <td>8 922.71 USD</td> </tr> </tbody> </table>	Rozmiar Gospodarstwa Domowego	30% Lokalnego Średniego Wynagrodzenia	30% Lokalnego Średniego Wynagrodzenia Miesięcznie	50% Lokalnego Średniego Wynagrodzenia	50% Lokalnego Średniego Wynagrodzenia Miesięcznie	80% Lokalnego Średniego Wynagrodzenia	80% Lokalnego Średniego Wynagrodzenia Miesięcznie	100% Lokalnego Średniego Wynagrodzenia	100% Lokalnego Średniego Wynagrodzenia Miesięcznie	1	16 600 USD	1 383.33 USD	27 650 USD	2 304.17 USD	44 250 USD	3 687.50 USD	55 313 USD	4 609.38 USD	2	19 000 USD	1 583.33 USD	31 600 USD	2 633.33 USD	50 600 USD	4 216.67 USD	63 250 USD	5 270.83 USD	3	21 350 USD	1 779.17 USD	35 550 USD	2 962.50 USD	56 900 USD	4 741.67 USD	71 125 USD	5 927.08 USD	4	24 600 USD	2 050 USD	39 500 USD	3 291.67 USD	63 200 USD	5 266.67 USD	79 000 USD	6 583.33 USD	5	28 780 USD	2 398.33 USD	42 700 USD	3 558.33 USD	68 300 USD	5 691.67 USD	85 375 USD	7 114.58 USD	6	32 960 USD	2 746.67 USD	45 850 USD	3 820.83 USD	73 350 USD	6 112.50 USD	91 688 USD	7 644.63 USD	7	37 140 USD	3 095 USD	49 000 USD	4 083.83 USD	78 400 USD	6 533.33 USD	98 000 USD	8 166.67 USD	8	41 320 USD	3 443.33 USD	52 150 USD	4 345.83 USD	83 450 USD	6 954.17 USD	104 313 USD	8 922.71 USD	
Rozmiar Gospodarstwa Domowego	30% Lokalnego Średniego Wynagrodzenia	30% Lokalnego Średniego Wynagrodzenia Miesięcznie	50% Lokalnego Średniego Wynagrodzenia	50% Lokalnego Średniego Wynagrodzenia Miesięcznie	80% Lokalnego Średniego Wynagrodzenia	80% Lokalnego Średniego Wynagrodzenia Miesięcznie	100% Lokalnego Średniego Wynagrodzenia	100% Lokalnego Średniego Wynagrodzenia Miesięcznie																																																																										
1	16 600 USD	1 383.33 USD	27 650 USD	2 304.17 USD	44 250 USD	3 687.50 USD	55 313 USD	4 609.38 USD																																																																										
2	19 000 USD	1 583.33 USD	31 600 USD	2 633.33 USD	50 600 USD	4 216.67 USD	63 250 USD	5 270.83 USD																																																																										
3	21 350 USD	1 779.17 USD	35 550 USD	2 962.50 USD	56 900 USD	4 741.67 USD	71 125 USD	5 927.08 USD																																																																										
4	24 600 USD	2 050 USD	39 500 USD	3 291.67 USD	63 200 USD	5 266.67 USD	79 000 USD	6 583.33 USD																																																																										
5	28 780 USD	2 398.33 USD	42 700 USD	3 558.33 USD	68 300 USD	5 691.67 USD	85 375 USD	7 114.58 USD																																																																										
6	32 960 USD	2 746.67 USD	45 850 USD	3 820.83 USD	73 350 USD	6 112.50 USD	91 688 USD	7 644.63 USD																																																																										
7	37 140 USD	3 095 USD	49 000 USD	4 083.83 USD	78 400 USD	6 533.33 USD	98 000 USD	8 166.67 USD																																																																										
8	41 320 USD	3 443.33 USD	52 150 USD	4 345.83 USD	83 450 USD	6 954.17 USD	104 313 USD	8 922.71 USD																																																																										
(Do wypełnienia przez Rzecznawcę) Jaki jest poziom Lokalnego Średniego Wynagrodzenia Pana/Pani gospodarstwa domowego?	<input type="checkbox"/> Poniżej 30% <input type="checkbox"/> 30% – 49% <input type="checkbox"/> 50% - 79% <input type="checkbox"/> 80% - 99% <input type="checkbox"/> 100% i powyżej																																																																																	

<p>Czy byłby Pan/byłaby Pani zainteresowany/a wypróbowaniem sposobów na zwiększenie własnych dochodów przez pracę?</p>	<p><input type="checkbox"/> Tak <input type="checkbox"/> Nie <input type="checkbox"/> Klient odmówił <input type="checkbox"/> Klient nie wie <input type="checkbox"/> Dane nie zostały zebrane</p>
<p>Jeżeli tak, czy chciałby Pan/chciałaby Pani połączyć się z agencjami zatrudnienia?</p> <p><i>Jeżeli tak, proszę zadzwonić na następujący numer telefonu: 312-252-0450.</i></p>	<p><input type="checkbox"/> Tak, w ciągu najbliższych 2-3 tygodni <input type="checkbox"/> Tak, w ciągu najbliższych 2-3 miesięcy <input type="checkbox"/> Nie, obecnie nie <input type="checkbox"/> Klient nie wie <input type="checkbox"/> Klient odmówił <input type="checkbox"/> Dane nie zostały zebrane</p>
<p>Jeżeli nie, czy Pan/Pani obawia się, że zwiększenie dochodu wpłynie na Pana/Pani świadczenia i/lub mieszkanie?</p>	<p><input type="checkbox"/> Tak <input type="checkbox"/> Nie <input type="checkbox"/> Klient odmówił <input type="checkbox"/> Klient nie wie <input type="checkbox"/> Dane nie zostały zebrane</p>
<p>Czy studiuje Pan/Pani obecnie na wyższej uczelni na studiach zaocznych lub dziennych?</p>	<p><input type="checkbox"/> Tak <input type="checkbox"/> Nie <input type="checkbox"/> Klient odmówił <input type="checkbox"/> Klient nie wie <input type="checkbox"/> Dane nie zostały zebrane</p>

Styczność z Wymiarem Sprawiedliwości w Sprawach Karnych

Udzielenie odpowiedzi na poniższe pytania może być trudne. Nie mają one na celu wykluczenia nikogo z procesu uzyskania mieszkania. Ich celem jest zapewnienie, że wnioskodawcy mogą uzyskać dostęp do odpowiedniej opcji mieszkaniowej.

Czy figuruje Pan/Pani w rejestrze przestępców seksualnych?	<input type="checkbox"/> Tak <input type="checkbox"/> Nie <input type="checkbox"/> Klient odmówił <input type="checkbox"/> Klient nie wie <input type="checkbox"/> Dane nie zostały zebrane
Czy został/a Pan/Pani skazany/a za wytwarzanie lub produkcję metamfetaminy w mieszkaniu socjalnym?	<input type="checkbox"/> Tak <input type="checkbox"/> Nie <input type="checkbox"/> Klient odmówił <input type="checkbox"/> Klient nie wie <input type="checkbox"/> Dane nie zostały zebrane
Czy Pan/Pani lub jeden z członków gospodarstwa domowego został wyeksmitowany/a z mieszkania prywatnego, socjalnego lub mieszkania z Section 8 ze względu na działalność przestępczą związaną z narkotykami?	<input type="checkbox"/> Tak <input type="checkbox"/> Nie <input type="checkbox"/> Klient odmówił <input type="checkbox"/> Klient nie wie <input type="checkbox"/> Dane nie zostały zebrane

Dokumentacja

<p>Czy posiada Pan/Pani któreś z poniższych?</p> <p><i>Jeśli możliwe, proszę wykonać i przesać kopie dokumentów w rejestrze HMIS pod rubryką Profil Klienta. Przesłane dokumenty będą dostępne dla Dostawców Usług Mieszkaniowych, co ułatwi i przyspieszy proces.</i></p>	<input type="checkbox"/> Stanowy Dowód Tożsamości/Akt Urodzenia <input type="checkbox"/> Karta Ubezpieczenia Społecznego <input type="checkbox"/> Potwierdzenie Statusu Osoby Bezdomnej <input type="checkbox"/> Dokumenty Świadczące o Niepełnosprawności <input type="checkbox"/> Dokumenty Świadczące o Zwolnieniu z Aresztu <input type="checkbox"/> Dokumenty Świadczące o Przemocy Domowej <input type="checkbox"/> Zaświadczenie o Dochodach <input type="checkbox"/> Formularz DD214 (dla Kombatantów) <input type="checkbox"/> Formularz 1010 (dla Kombatantów)
--	--

DLA RZECZOZNAWCÓW: Proszę wypełnić tę sekcję na podstawie własnych obserwacji. PROSZĘ NIE PYTAĆ WNIOSKODAWCÓW.

Pytania dot. obserwacji

Niektórzy ludzie zgłaszają nieprawidłowe warunki w niepełnym stopniu, ponieważ nie mają wglądu w swoje bieżące zmagania. Czy wnioskodawca zgłasza nieprawidłowe warunki w niepełnym stopniu?	<input type="checkbox"/> Tak <input type="checkbox"/> Nie
Jeżeli wnioskodawca jest dotknięty poważną chorobą umysłową, czy jest on/a świadomy/a swojego stanu?	<input type="checkbox"/> Tak <input type="checkbox"/> Nie <input type="checkbox"/> Nie Dotyczy

Określenie Wskaźnika Zagrożenia (VI)

Proszę wybrać odpowiednie VI, które mają zostać wypełnione dla wnioskodawców:

- Indywidualne VI:** skończone 25 lat i bez dzieci (poniżej 18. roku życia) wchodzących w skład gospodarstwa domowego.
- Rodzinne VI:** 25 lat z dziećmi w wieku poniżej 18. roku życia pod ich opieką lub oczekujący dziecka i/lub osoby nieletnie (poniżej 18. roku życia), które/a ma wejść w skład gospodarstwa domowego
- VI dla Młodzieży:** W wieku poniżej 25. lat, w tym rodziny osób młodych z nieletnimi dziećmi

Oferta Natychmiastowego Zakwaterowania/Schronienia

<p>Czy potrzebuje Pan/Pani obecnie, tej nocy miejsca na nocleg?</p> <p>Dla Nie-Kombatantów: Proszę odwiedzić 10 S. Kedzie lub Salę Ratunkową Szpitala albo Posterunek Policji, i zadzwonić pod numer 311 i poprosić o schronienie</p>	<input type="checkbox"/> Tak <input type="checkbox"/> Nie <input type="checkbox"/> Klient nie wie <input type="checkbox"/> Klient odmówił <input type="checkbox"/> Dane nie zostały zebrane
--	---

<p><i>Dla Kombatantów:</i> 09:00 – 16:00, proszę odwiedzić Ośrodek Referencji i Zasobów Wspólnotowych ds. Kombatantów (VA CRRC) przy 1141 S. w Kalifornii. Numer telefonu powyższej placówki to 312-569-5750. Po 16:00 i o północy proszę odwiedzić Oddział Ratunkowy ds. Kombatantów (VA) Szpitala im. Jesse'go Browna przy 820 S. Damen.</p>	
---	--

Jeżeli odpowiedź do rubryki Kombatant Wojskowy USA brzmi TAK	
Czy spędził/a Pan/Pani co najmniej jeden dzień aktywnej służby, poza szkoleniem podstawowym, w tym aktywnej służby wyznaczonej rozkazem federalnym?	<input type="checkbox"/> Tak <input type="checkbox"/> Nie <input type="checkbox"/> Klient nie wie <input type="checkbox"/> Klient odmówił <input type="checkbox"/> Dane nie zostały zebrane
<i>Wszystkim Kombatantom powinien zostać wręczony Medal "Purpurowe Serce" (PH), a sama oferta powinna widnieć w kategorii "Inne", dopóki nie zostanie ona zaktualizowana w oparciu o dokładną ofertę przy przyznawaniu mieszkania Kombatantowi, o ile nie zostanie ona oszacowana przez beneficjenta SSVF oferującego zapis do SSVF.</i>	
W razie posiadania uprawnień, czy chciałby Pan/chciałaby Pani połączyć się ze stałym dostawcą usług mieszkaniowych?	<input type="checkbox"/> Zaakceptowano Ofertę <input type="checkbox"/> Odrzucono Ofertę
Typ Oferowanego Budownictwa Mieszkań Stałych: Jeśli nie jest Pan/Pani beneficjentem SSVF, oferującym zapisanie Kombatanta do programu, proszę wybrać Inne	<input type="checkbox"/> Inny <input type="checkbox"/> SSVF (RRH, Zakwaterowanie Natychmiastowe)
Proszę opatrzyć Datą Oferty Budownictwa Mieszkań Stałych:	____ / ____ / _____
Czy kwalifikuje się Pan/Pani do opieki zdrowotnej dla Kombatantów? Przykładowo, czy korzysta Pan/Pani z usług zdrowotnych w Centrum Medycznym ds. Kombatantów im. Hinesa lub Szpitalu im. Jesse'go Browna, wie Pan/Pani, że mógłby/mogłaby, w razie potrzeby, odwiedzić lekarza, nawet jeśli by Pan/Pani nie chciał/a lub uzyskać od placówki ds. kombatantów czek na rentę z tytułu niepełnosprawności?	<input type="checkbox"/> Tak <input type="checkbox"/> Nie <input type="checkbox"/> Klient nie wie <input type="checkbox"/> Klient odmówił <input type="checkbox"/> Dane nie zostały zebrane
Jaki był charakter zwolnienia Pana/Pani z wojska?	<input type="checkbox"/> Honorowe Zwolnienie <input type="checkbox"/> Standardowe pod honorowymi warunkami <input type="checkbox"/> Pod warunkami innymi niż honorowe (OTH) <input type="checkbox"/> Zwolniony/a za złe zachowanie <input type="checkbox"/> Karne Zwolnienie <input type="checkbox"/> Odrzucenie <input type="checkbox"/> Brak kategoryzacji <input type="checkbox"/> Klient nie wie <input type="checkbox"/> Klient odmówił <input type="checkbox"/> Dane nie zostały zebrane